Rok XLVIII. Kraków, dnia 11. września 1909. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z dziedziny powikłań zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr M. Łążyński.

(Odczyt w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie).

Zapalenie wyrostka robaczkowego, które jest samo przez się chorobą poważną, albo bezpośrednio zagrażając życiu chorego, albo czyniąc go często niezdolnym do pracy wskutek licznych nawrotów lub stałego nieraz upośledzenia narządów trawienia, należy nadto do szeregu cierpień, wywołujących nader liczne powikłania.

Sprawa chorobowa, przechodząc rozmaite stopnie natężenia i wywołując nieraz ostatecznie przedziurawienie wyrostka, lub nawet nie dochodząc do tego ostatecznego kresu rozwoju, lecz postępując przez naczynia chłonne i krwionośne ścian narządu, może przenieść się do otaczającej go tkanki łącznej, albo, co gorsza, do jamy otrzewnej i tam szerzyć się w najrozmaitszych kierunkach, zajmując narządy albo sąsiednie, albo bardziej oddalone od pierwotnego ogniska.

W taki sposób powstaje przedewszystkiem ograniczone lub ogólne zapalenie otrzewnej o rozmaitych stopniach natężenia i złośliwości — surowicze, włóknikowe i ropne; dalej ropnie lub ropowice, czasem olbrzymie, dołu biodrowego lub całej ściany brzusznej, a nawet dalszych okolic.

Langheld np. opisuje przypadek, gdzie ropowica sięgała ku górze aż do prawej pachy, a ku dołowi aż do kolana, w przypadku zaś Volza mięśnie brzucha, pleców i piersi były zmienione w posokowatą miazgę. Ropnie podprzeponowe należą do niezbyt rzadkich spraw, wikłających zapalenie okołokątnicze. Zarazek dostaje się tam albo zewnątrzotrzewnie, co jest zjawiskiem rzadszem, albo — częściej — dąży po ścianach kiszki i pomiędzy zrostami jelita cienkiego. Dalszem następstwem takiego ropnia podprzeponowego, może być ropniak opłucny z przedziurawieniem lub bez przedziurawienia przepony.

Jako na bardzo charakterystyczne powikłanie przy zapaleniu wyrostka robaczkowego wskazuje Tuffier na ropień w jamie Retziusa, twierdząc, iż przyczyną powstawania tej sprawy jest właśnie częściej zapalenie wyrostka robaczkowego, niż sprawy zapalne narządów moczowo-płciowych.

Krezka, jako sąsiadująca z chorym narządem, również podlega przy zapaleniu wyrostka robaczkowego często sprawom zapalnym. Ropienie może sięgać daleko, szerząc się wzdłuż naczyń chłonnych i krwionośnych krezki. Fraenkel opisuje przypadek, w którym naciek wachlarzowato szerzył się na obydwie blaszki krezki, a gruczoły krezkowe były zropiałe. Były przytem ropnie także w gruczołach zaotrzewnych. Kijewski również opisuje ropnie w krezce jelita cienkiego. Riedel przytacza przypadki podobne, w których sam wyrostek był stosunkowo mało zmieniony.

Więzadło wyrostkowo-jajnikowe u kobiety, może być drogą, po której zakażenie dostaje się do narządów rodnych wewnętrznych: jajników, więzadła szerokiego i jajowodów.

Naczynia krwionośne, a mianowicie te, które należą do układu żyły wrotnej, zabierając cząstki skrzepu przy zakrzepie żyły wyrostkowej (*vena appendicularis*), przenoszą je do wątroby, przez co powstają ropnie wątroby. Trudniej wytłomaczyć sobie pochodzenie skrzepów żyły biodrowej i żyły udowej. Tutaj zakażenie, być może, najpierw przez ciągłość *(per continuitatem)* przechodzi na warstwę zewnętrzną ściany tych naczyń, a następnie przez naczynia tej ściany (*vasa vasorum*) na warstwy wewnętrzne, wywołując zakrzep *(peri- et thrombophlebitis)*. Można też przypuścić, że do pewnego stopnia obrzęk tkanek, otaczających naczynie, wywołany sprawą zapalną wyrostka, albo ropień w tej okolicy, mechanicznie uciska żyłę, przebiegającą pod nim i przyczynia się do wywołania w niej zakrzepu.

Kiedy się już utworzy skrzep w żyle biodrowej, wtedy łatwo o powstanie zatorów, a ponieważ cząstki skrzepu mogą być zakażone, więc i ropni w płucach. Gdy wreszcie zarazki w jakibądź sposób dostaną się do układu tętniczego, wtedy może powstać obraz ropnicy z przerzutami w gruczole przyusznym, nerkach, mózgu, śledzionie, kościach, stawach.

Przerzut taki raz spostrzegałem w kości skroniowej u dziecka niespełna rocznego, u którego na razie sprawa zapalna wyrostka nie była wyjaśnioną, a rozpoznanie, uczynione przez doświadczonych pedyatrów, skłaniało się bardziej ku zapaleniu okrężnicy. Kiedy już objawy ze strony kątnicy znacznie przycichły, powstał przerzut w kości. Ucho środkowe było zupełnie zdrowe. Przecięcie ropnia z następną trepanacyą nie zdołały jednak ocalić chorej. Przy trepanacyi umyślnie obnażono zatokę poprzeczną, która okazała się zupełnie zdrową.

Zdarzyć się może, iż ropień, uciskając jelito, wywoła częściowe lub całkowite zamknięcie jego światła i w ten sposób spowoduje wszystkie groźne objawy niedrożności z wymiotami kałowemi, olbrzymią bębnicą, zapadem. Jeżeli w takich warunkach ropień sam nie przebije się na zewnątrz lub do światła sąsiedniego narządu (jelita, pochwy, pęcherza moczowego), albo też nie zostanie operacyjnie otwarty, nieuniknionem jest prawie zejście śmiertelne.

Powikłaniem odrębnego rodzaju jest zapalenie wyrostka robaczkowego, leżącego w worku przepuklinowym. Jak wiadomo, wyrostek stosunkowo dość często (1·5%) znajdowano w przepuklinach pachwinowych z prawej strony, rzadziej w udowych, pępkowych; czasem w przepuklinach z lewej strony. Tam może on podlegać sprawom chorobowym rozmaitego stopnia, począwszy od zmian nieżytowych, kończąc na zgorzeli i przedziurawieniu. Rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego w uwięźniętych lub nawet wolnych przepuklinach należy do rzeczy najtrudniejszych i o ile wiem, wyrostek znajdowano tam zawsze dopiero przypadkowo podczas operacyi lub na sekcyi.

To są powikłania doraźne, przebiegające równolegle lub prawie równolegle ze sprawą pierwotną w wyrostku. Ale, niestety, na tem nie kończy się niebezpieczeństwo dla chorych, dotkniętych zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Zrosty jelit, pozostałe po ostrem zapaleniu otrzewnej, hamując prawidłowy ruch robaczkowy lub zwężając światło jelit, mogą wywoływać uporczywe zaparcie stolca, nie ustępujące przed żadnymi lekami i zabiegami; mogą sprawiać gwałtowne bole, które zazwyczaj trudno wytłómaczyć, gdyż łatwo przeoczyć sprawę pierwotną.

(Dok. nast.).

Metoda genealogiczna w medycynie*).

Podał

Dr med. O. Hewelke.

(Ciąg dalszy).

Jeżeli zaś uprzytomnimy sobie, że chromosomy rodziców mogą przedstawiać taką samą szerokość kombinacyi spuścizny od 2 dziadków i 2 babek, a tych od 8 pradziadów i t. d., przedstawi się nam więcej zrozumiała ta rozmaitość cech podobieństwa i różnic, jakie się dają zauważyć wśród członków danego rodzeństwa, zarówno pomiędzy sobą, jak i w stosunku do rodziców.

Jeżeli np. w danem połączeniu chromosomów rodzice przedstawiają się jak 6:6, to dziecię odpowiednie powinno być podobne do rodziców; jeżeli jednak w chromosomach ojca był stosunek 1 (dziadek) : 11 (babka), a matki 10 (dziadek) : 2 (babka), to wynikłoby w tem dziecku większe podobieństwo do babki ojcowskiej i do dziadka macierzystego, niż do rodziców. W ten sposób daje się objaśnić wystąpienie jakiejś osobliwości w osobniku w puściznie po przodku nieznanym, niezapisanym w pamięci odleglejszych zstępnych. W ten sposób możemy uprzytomnić sobie powstawanie pewnych odmienności i podobieństwa do dziadków, ciotek i t. d., wreszcie cały ogrom nieskończonej rozmaitości osobników przy zachowaniu stałości typu-gatunku. Chociaż każdy człowiek ma ojca i matkę, a ci znowu mają po dwoje rodziców, tak, że liczba przodków powiększa się z każdą generacyą w górę dwa razy, to jednak w rzeczywistości taka dokładność matematyczna bywa tylko w pierwszych pokoleniach; powyżej bardzo często, niemal stale spotykamy się ze zjawiskiem, które już dawniej zauważył genealog Richter, a Lorentz podkreślił z punktu widzenia biologii; jest to t. zw. utrata przodków. A mianowicie, wskutek małżeństw pomiędzy krewnymi, chociażby nawet to pokrewieństwo było dalekie, albo gdy dwie lub trzy siostry rodzone występują w tablicy przodków, wtedy ich własne tablice przodków będą się powtarzały, przez co liczba osób nie będzie odpowiadać liczbie matematycznej.

Jeżeliby np. w naszej tablicy Kamęcki był żonaty z siostrą A. Piotrowskiej, którą spotykamy na lewej połowie tablicy, wtedy cała liczba (30) osób, stojących nad nią, będzie się powtarzać dwa razy i zmniejszy o tyleż ogólną liczbę przodków w tablicy z 256 (matematycznie) do 226. Jeżeliby dalej Pawłoski żonaty był ze swą siostrą cioteczną, wtedy odpadają jej przodkowie (7) macierzyści, którzy już występują raz jako przodkowie jego własnej matki. To liczebne kurczenie się liczby przodków rośnie tem bardziej, im wyżej podnosić się będziemy w szeregu pokoleń, albo im wcześniej spotykają się w danej tablicy małżeństwa wśród krewnych.

Lorenz przedstawił przykłady takich utrat, zebrane z tablic przodków rozmaitych dynastów. Tak np. cesarz Franciszek Józef ma w IV generacyi za mało o 4 osoby, w VI o 24; cesarz Wilhelm ma w IX generacyi zamiast 512 tylko 162 osób.

Oczywiście największa utrata przodków występuje u potomków braci i sióstr, oraz przy związkach edypowskich rodziców z dziećmi. Ze zjawiskiem utraty przodków wiąże się pytanie, jaki wpływ zawieranie związków w bliższem pokrewieństwie (tak zw. związki kazirodcze) wywiera na potomstwo. Tradycye mozaiczne, potępiające związki wśród najbliższego pokrewieństwa, przyjęte i rozszerzone przez kościół chrześcijański, panują dziś powszechnie i poza sferą bezpośrednio związaną ze sprawami religii. I tak tylko jako odbicie ich należy uważać rozpowszechnione mniemanie, że potomstwo ze związku pomiędzy krewnymi ma być mniej zdolne do życia i do możności przedłużania rodu. Faktycznych dowodów na to niema. Przeciwnie ogólne prawo biologiczne brzmi, że potomstwo dają tylko związki pomiędzy podobnymi; gdy różnice przechodzą granice gatunku, potomstwo — jeżeli jeszcze jest możliwe — nie jest już dalej płodnem.

Spostrzeżenia hodowców zwierząt uczą, że dla wzmocnienia rasy potrzebne jest tak zwane kazirodztwo (Jnzucht), Genealogicznie biorąc kazirodztwo sprowadza się do największych utrat w liczbie przodków, a mianowicie potomek związku rodzeństwa traci połowę przodków, potomkowie matki z synem tracą $^1/_3$ przodków (matka jest innej krwi z synem, a siostra jednej z bratem). Przez to w masie dziedzicznej rozmaitość wpływów odpowiednio się skraca, ale zato wpływy te mogą się sumować i wywierać wpływ przeważający. Oczywiście tylko od natury osobników, najczęściej powtarzających się w tablicy przodków, których chro-

*) Odczyt w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem na posiedzeniu d. 18. maja 1909.

mosomy najliczniej są przedstawione w tym potoku dziedziczności, jaki spływa na stojącego u dołu osobnika, — zależy w granicach prawdopodobieństwa i skład jego chromosomów. Jest on sumą algebraiczną tych wpływów, a jej znak dodatni i ujemny zależy od przewagi plusów i minusów w zlewających się chromosomach; sama istota związku między krewnymi nie gra tu żadnej roli, jest on jakby tylko samem działaniem dodawania.

Na potwierdzenie tego podaje Lorenz następujący przykład z genealogii Ptolomeidów, będący zapewne unikatem w historyi. Ród ten przez siedem generacyi, (od Ptolomeusza Sotera, jednego z wodzów Aleksandra Macedońskiego) do Kleopatry utrzymywał się prawie wyłącznie przez związki braci z siostrami. Otóż, o ile można sądzić z przeciętnego trwania działalności generacyi, były one prawidłowe (30—35 lat), rysy zaś członków tego rodu, zachowane na medalach i monetach współczesnych, mają wyraz szlachetny i rozumny, nie zdradzający niczem zwyrodnienia i nieprawidłowości.

Jak już wspomniałem, lekarz w wywiadach, zbierając dane o chorobach w rodzinie swego chorego — stoi na gruncie genealogii. Bo też zakres usług tej nauki na użytek medycyny właściwie ogranicza się do sprawy dziedziczenia chorób, albo ściślej stanów patologicznych.

Już to, cośmy powyżej przytoczyli, wywrzeć może wpływ i powinno, na odnoszące się tu sposoby postępowania w medycynie, wykazując błędność i niedokładność dotychczasowych. Oczywiście wszystkie dawniejsze prace i badania lekarskie, oparte na metodzie genealogicznej przed Lorenzem, musiały dzielić wspólne błędy metody dawniejszej, a wnioski z nich wysnute potrzebują rewizyi. Tak więc obracają się one w zakresie rodziny i rodu, badają drzewo genealogiczne i tablicę zstępnych. Tymczasem, jak widzieliśmy, rodzina społeczno-prawna nie istnieje jako jakaś ograniczona jednostka biologiczna, podobnież i ród uwzględnia tylko cząstkę (i to tylko mężczyzn) masy dziedzicznej, któraby cała powinna być badana. Badanie w linii zstępnych, według wzoru rodowodów, ale rozszerzonych na całe potomstwo (i żeńskie) może mieć znaczenie w niektórych specyalnych sprawach dziedziczenia, gdy chodzi o wykazanie całości wpływów dziedziczności danego osobnika, albo jeżeli chcemy wyśledzić kazuistykę przekazywania się dziedzicznego jakiejś cechy szczególnej. Sposób ten napotyka jednak na przeszkody, trudne do przezwyciężenia. I tak, całość potomstwa jest wielkością nieokreśloną i pewność jej zebrania zmniejsza się z każdem pokoleniem. Następnie, przez małżeństwa wchodzi znaczna liczba wpływów obcych, o których zwykle nic nie wiadomo, a które mogą podawać w wątpliwość wyłączność wpływów badanego protoplasty. Właściwie należałoby, aby każda z osób, rozpatrywanych w tablicy rodowodu, miała swoją tablicę przodków.

Następnie takie określenia, jak »dziedziczenie w linii bocznej« (Dejerine, Leber), »cierpienia rodzinne«, jako przeciwwstawienie »dziedzicznym«, nazwy chorób »dziedziczne-rodzinne« albo »rodzinne często dziedziczne« — spotykane[6]) szczególniej często w pracach, dotyczących sprawy t. zw: »dziedziczenia chorób« — nie wytrzymują krytyki w świetle tylko co wygłoszonych poglądów.

Rodziną nazywamy osoby, związane ze sobą pochodzeniem od tej samej pary rodziców; poza tym łącznikiem nie ma innego, któryby nie mógł obejmować i osób nienależących do rodziny (np. nazwisko, wspólność wychowywania się itd.). Bez niego nie można mówić o rodzinie i związkach rodzinnych. Przy rozpatrywaniu jakichś cech cielesnych, wspólnych rodzeństwu — co do ich przyczyny — z konieczności wyłania się myśl o wspólnem ich pochodzeniu z jednego źródła na drodze dziedziczenia.

(Dok. nast.).

[6]) H. Higier. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. Kronika lek. 1899. — H. Higier. Rodzinny bezład mózgowy u dzieci (»cierpienie nietylko rodzinne, lecz i dziedziczne«). — Medycyna 1906. 50. — S. Goldflam. O nowej postaci peryod. rodzinnego porażenia. Kron. lek. 1891.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

E. J. Lewin. **O odporności biernej.** (*Zeitschrift für Immunitätsforsch.* Grudzień 1908. T. I. Zeszyt I.).

Gdy odporność czynna oddawna jest przedmiotem szczegółowych i dokładnych badań, to natomiast zagadnienie odporności biernej, jakkolwiek praktycznie bardzo ważne, o wiele rzadziej bywa rozważane.

Autor ujmuje je ze strony doświadczalnej i roztrząsa wpływ rozmaitych czynników na ustrój, uodporniony biernie, t. j. przez wprowadzenie gotowych antytoksyn. W tej seryi doświadczeń, podjętej w celu stwierdzenia, jak się zachowuje odporność bierna przy powtórnem i wielokrotnem wprowadzeniu do ustroju niweczników, autor uodparniał biernie zwierzęta w tygodniowych odstępach czasu i poddawał surowicę ich wielokrotnemu badaniu. Okazuje się, że w ustroju pozostaje tylko pewna odsetka (40 do 60%) tych niweczników, które doń wprowadzamy, nie wiemy jednakże, w jaki sposób giną pozostałe, t. j. czy zostają z ustroju wydalone, czy też pozostają w nim związane. Ilość znikających z ustroju antytoksyn była znacznie mniejsza przy wstrzyknięciu danych niweczników po raz trzeci, niż po dwu pierwszych wstrzyknięciach. Przeciwnie, dla szybkości znikania antytoksyn z ustroju szczegół ten jest bez znaczenia.

Doświadczenia, podjęte w celu porównania różnych sposobów uodporniania biernego (podskórnego, śródmięśniowego i śródżylnego), przekonały autora, że najmniej skuteczne, t. j. połączone z największą i najszybszą utratą antytoksyn, są wstrzykiwania pod skórę, — lepsze — śródmięśniowe, a najpewniejsze — śródżylne, przy których maximum antytoksyn zostaje najszybciej osiągnięte, a utrata jest najmniejsza.

Co do różnicy, jaka zachodzi w przyswajaniu przez ustrój surowic jedno- i różnorodnych, to z doświadczeń autora wynika, iż surowice różnorodne o wiele prędzej znikają z obiegu krwi, gdyż bez względu na to, jaką stosowano technikę wstrzyknięcia, już po 6 dniach nie znajdowano ani śladu np. zlepników, wprowadzonych do ustroju królika z surowicą kozią, tymczasem te same zlepniki, zawarte w surowicy jednorodnej, t. j. w danym przypadku króliczej, utrzymywały się we krwi królika do 3 tygodni. Stąd wniosek praktyczny, że i odporność bierna, udzielana człowiekowi za pomocą surowicy różnorodnej, może i musi być krótkotrwała. *H. Rozenblatówna.*

Eldarow. **Przyczynek do anatomii patologicznej.** *Spondylosis rhizomelica.* (*Med. Obozr.* 1909. Nr 6). W Staro-Jekateryninskim szpitalu w Moskwie, autor spostrzegał kilkanaście przypadków rzadkiej dość choroby *spondylosis rhizomelica.* Chorobę tę pierwszy dokładnie opisał Pecllarie w 1898 r. Z liczby spostrzeganych przypadków autor bardzo szczegółowo i obszernie opisuje jeden i przytacza makro i mikroskopowe dane badania anatomo-patologicznego. Z danych tych wynika, że wspomniana choroba charakteryzuje się przez: 1) Zgąbczenie (*osteoporosis*) całego układu kostnego, a osobliwie stosu pacierzowego i miejsc skąd wychodzą kończyny. 2) Skostnienie aparatu ścięgnowego stosu przeważnie po stronie jego wypukłej. 3) Zrosty kostne powierzchni stawowych drobnych stawów stosu, zupełny zanik

chrząstki, granicy stawu i wytworzenie w tych miejscach jednolitej masy kostnej gąbczastej. Brak zupełny objawów zapalnych. 4) Całość chrząstek międzykręgowych przy lekkiej skłonności do skostnienia przednich ich części. Wiąz podłużny przedni i tylny pozostaje niezmieniony. 6) Prawidłowy system nerwowy. Autor obszernie omawia kwestyę rozpoznania różniczkowego między *spondylosis rhizomelica*, a zesztywnieniem kręgosłupa Bechterewa, *spondylitis deformans* i *rheumatismus chronicus ankylot.* Co się tyczy rokowania, to quoad vitam ono jest niezłe; ale nie zanotowano dotychczas żadnego przypadku wyleczenia. Wszystkie środki używane (miesienie, gimnastyka, kąpiele gorące lub mułowe, przyżegania Paquelinem, wezykatorye, jod i przetwory salicylowe) nie okazują żadnego wpływu. W końcu autor podaje rysunki makro i mikroskopowe opisanego przypadku. *L. Mańkowski.*

1) Bovery. **Arterioskleroza doświadczalna u małp.** (*C. R. de la Biol.* 12. XII 1908 i 8. V. 1909).

2) Etienne et Fritsch. **Rola i znaczenie chlorku wapnia w powstawaniu miażdżycy.** (*ibidem* 18. V. 1909).

3) Lévy-Fränkel. **Zmiany w tętnicy głównej u noworodków z kiłą dziedziczną.** (*ibidem* 1909).

Próby otrzymania doświadczalnej miażdżycy nie doprowadziły jeszcze do pewnych wyników. Gdy jedna część badaczy uważa zmiany wywołane w tętnicy głównej u zwierząt przez wstrzykiwania adrenaliny za zupełnie identyczne z arteriosklerozą u ludzi, inni są przeciwnego zdania. Boveri przedsięwziął cały szereg doświadczeń podobych, już nie u królików ale u małp-makaków, jako zwierząt najwięcej zbliżonych ustrojem swoim do człowieka. Wstrzykiwał on pod skórę adrenalinę w ilości 0·0002—0·0025. Takich wstrzykiwań w ciągu 40 dni zrobił 22. Małpa znosiła je dobrze, można było tylko zauważyć lekką przejściową duszność. Przy sekcyi znaleziono zmiany w tętnicy głównej w postaci 2 stwardnień żółtawego koloru wielkości ziarnka ryżu. Przy badaniu drobnowidowem okazały się zmiany w *tunica interna et media*. *Tunica interna* była zgrubiała, a w *tunica media* najwięcej były zmienione włókna elastyczne i mięśniowe. Wobec tego autor dochodzi do przekonania, że 1) u małpy można wywołać arteryosklerozę, 2) istnieje zupełne anatomiczne podobieństwo między arteryosklerozą u małpy a u człowieka.

W drugim szeregu doświadczeń autor 1 małpie zastrzykiwał adrenalinę, a 2 małpom podawał nastój tytoniu 10% w dawkach 25·0—45·0; w ciągu 80 dni każda z tych małp otrzymała 28 dawek. I w tych 3 przypadkach autor znalazł takie same zmiany w aorcie jak i w 1-ym przypadku. Przy badaniu zwłok innych małp autor zmian podobnych nigdy nie znajdował.

Inny przyczynek do wyżej wspomnianej sprawy podają Etienne i Fritsch. Wielu badaczy zaznaczyło już szybkość i łatwość, z jaką można otrzymać ateromatozę u królików, którym wstrzykuje się adrenalina przy zwiększonej jednocześnie zawartości wapnia w podawanym im pokarmie, a to przez dodanie chlorku wapniowego. Ateromatoza występuje w tym przypadku już po kilku dniach.

Autorowie w swych doświadczeniach mieli na celu zbadanie, w jaki sposób działa tutaj chlorek wapnia ($Ca\,Cl_2$). Z badań tych wynika, że przy podawaniu królikom 0·50 dziennie $Ca\,Cl_2$, wapno z początku jest zatrzymywanem w organizmie. Następnie po zaprzestaniu podawaniu $Ca\,Cl_2$ organizm pomału uwalnia się od nagromadzonego wapna i nawet ilość normalnie zatrzymywanego w organizmie wapnia zmniejsza się po pewnym przeciągu czasu. Przy podawaniu królikom $Ca\,Cl_2$ i jednoczesnych wstrzykiwaniach adrenaliny ilość wydzielanego CaO zwykle zwiększona przy adrenalinie, tutaj jeszcze więcej zwiększa się. Przy badaniu tkanek na zawartość CaO okazuje się zmniejszenie ilości jego w kościach i natomiast zwiększenie w tętnicy głównej. Tym sposobem więc $Ca\,Cl_2$ odwapniając szkielet podtrzymuje jednocześnie nasycenie plasmy wapniem i powoduje utrwalanie się jego w tętnicy głównej na miejscach zmienionych przez adrenalinę. Autorowie mniemają, że $Ca\,Cl_2$ działa odwapniająco nie jako sól wapnia, ale jako inne jakieś połączenie być może $Ba\,Cl_2$.

W etyologii miażdżycy wielką, a niezaprzeczoną rolę gra kiła. Lévy-Frankel miał możność zbadać histologicznie ściany aorty u 4 noworodków z kiłą dziedziczną. We wszystkich tych przypadkach autor znalazł: 1) zmiany w *adventicia* (przekrwienie naczyń włosowatych połączone ze zgrubieniem ich ścianek, miejscami zupełne zarośnięcie ich, naciek okołonaczyniowy, wybroczyny śródmiąższowe). 2) naciek *en nappe* w *tunica media* i zwyrodnienie jej. 3) Zmiany we włóknach elastycznych i drobniutkie kilaki usadowione przedewszystkiem w *tunica externa*.

Autor skłania się ku zdaniu Josuégo, że ostatnie te zmiany stanowią pierwsze stadyum miażdżycy a obecność ich u noworodków mogłaby objaśnić częste znachodzenie bardziej wybitnych zmian u osób starszych, u których notowaną była kiła dziedziczna. *L. Mańkowski.*

Medycyna wewnętrzna.

Prof. M. Wolff. **Badanie promieniami Roentgena, a wczesne rozpoznanie kliniczne gruźlicy płuc.** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen* T. XIII.zeszyt 2. str. 65).

Badania rentgenoskopowe muszą uzyskać, zdaniem autora, prawo obywatelstwa na równi z opukiwaniem i osłuchiwaniem. Nieraz bowiem obraz rentgenoskopowy wyprzedza o wiele obraz kliniczny. Szerokość i natężenie cienia są w podobnych przypadkach zdumiewające w porównaniu z obrazem klinicznym, otrzymanym przy pomocy opukiwania i osłuchiwania. Przyczyna takiej niewspółmierności tkwi w uzależnieniu dźwięków od szeregu warunków: wielkości i siedziby pojedynczych zmian, domieszki dźwięków z tkanki sąsiedniej itd. Gdy opukiwanie i osłuchiwanie daje wyniki względne, to prześwietlanie może dać obraz niezależny i samoistny. W jednym z podanych przypadków obraz rentgenoskopowy wyprzedził o 7 miesięcy obraz osłuchowo-opukowy. Rentgenoskopia natomiast zawodzi w tych przypadkach, gdy schorzenie jest zbyt świeże, nie zdołało jeszcze pociągnąć za sobą dostatecznego dla sfotografowania zgęszczenia. Zestawienie prześwietlenia z odczynem tuberkulinowym może dać nieraz wyniki pouczające. Zależnie bowiem od wysokości ciepłoty po wstrzyknięciu tuberkuliny możemy wnosić, czy mamy przed sobą czynne, czy też zwapniałe dawne ognisko. Brak zaś zmian w obrazie rentgenowskim i wyraźny odczyn tuberkulinowy, mogą świadczyć o siedzibie gruźlicy nie w płucach, lecz w innych narządach ustroju. Wobec tego, że inne metody przy badaniach gruźlicy gruczołów oskrzelowych często zawodzą, prześwietlanie powinno znaleść szerokie zastosowanie w rozpoznawaniu gruźlicy w wieku dziecięcym. *Miecz. Michałowicz.*

Meyer. **Stałe zmniejszenie się liczby ciałek białych przy zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia wrzodu durowego.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 30). Dotąd trzymano się twierdzenia, że zapaleniu otrzewnej, zwłaszcza ropnemu, towarzyszy prawie zawsze wybitne zwiększenie się liczby ciałek białych, zwłaszcza w 3 pierwszych dniach, poczem, w przypadkach ciężkich liczba ciałek opada. Doświadczenie kliniczne pouczyło M. jednak, że w razie wystąpienia zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wrzodu durowego, tego zwiększenia się liczby ciałek białych może nietylko nie być, ale nawet liczba ciałek może nadal (jak przy durze samym) pozostać niższą od prawidłowej. Kierować się więc w rozpoznaniu podobnych przypadków liczbą ciałek białych nie można. *A.*

Weihrauch. **Próby odczynu spojówkowego zapomocą deuteroalbumozy.** (*Münch. med. Woch.* 1909. Nr 30). Matthes swego czasu wykazał, że wstrzykiwania deuteroalbumozy wywołują nieraz zupełnie podobne objawy, jak wstrzykiwania starej tuberkuliny; nawet twierdzi M., że odczyn tuberkulinowy nie jest niczem innem, jak tylko odczynem na obce białko. W. postanowił przekonać się, czy deuteroalbumoza przy odczynie spojówkowym zachowuje się taksamo, jak tuberkulina. Doświadczenia robił na sobie samym i na chorych. Na 23 chorych, na pewno gruźliczych, wystąpił po 10% deuteroalbumozie tylko raz odczyn oczny i to pierwszego stopnia, podobnie raz wystąpił odczyn po wstrzyknięciu podskórnem. O ile wprawdzie odczyn oczny nie jest dla gruźlicy jedynie typowy, o tyle znów z drugiej strony okazuje się, że przy odczynie ocznym starą tuberkuliną nie odgrywa głównej roli deuteroalbumoza. *A.*

Schlesinger. **Odzwyczajanie od morfiny zapomocą skopolaminy-dioniny.** (*Wiedeń. Tow. med. wewnętrz.* 1909). Przypadkowo zrobił S. spostrzeżenie, że przy używaniu skopolaminy z morfiną, z czasem zmniejszać można dawkę morfiny, przyczem skutek pozostaje ten sam. Wobec tego postanowił S. próbować odzwyczajać morfinistów zapomocą skopolaminy, co też powiodło się w krótkim czasie bez objawów ubocznych. S. z początku wstrzykuje dziennie 2—4 strzykawek roczynu: *Morph. 0,2, Skopolamin. 0,00025, Dionin 0,3, Aq. dest. 10,0*, a już 2. dnia zaczyna szybko zmniejszać dawkę morfiny, a zwolna skopolaminy. 3 dnia podaje zaledwo 0,02—0,03 morfiny a w 8 do 12 dni nie daje już jej zupełnie, zwolna mniejsza się dawkę skopolaminy i dioniny, przyczem się chorych forsownie odżywia. *A.*

Gerhard Joachim. **Zatrucie terpentyną z zejściem śmiertelnem.** (*Med. Klinik.* 1909. Nr 26). Literatura zatruć

terpentyną jest dość skąpa. Dowiadujemy się z niej, że zatrucia takie, prócz przypadkowego lub samobójczego wypicia terpentyny, wystąpić mogą i w inny sposób, mianowicie przez wdychiwanie par terpentyny np. w fabrykach. Dawka trująca nie jest jeszcze ściśle określona, a raczej jest ona bardzo indywidualną. Zdaje się, że dla dzieci wynosi ona około 15 grm, dla dorosłych 50—100 grm. Autor spostrzegał zatrucie terpentyną z zejściem śmiertelnem u 3-letniego dziecka po użyciu dwóch łyżek terpentyny. Mimo energicznej pomocy w $1^3/_4$ godziny nastąpiła śmierć. Objawy były następujące: utrata przytomności, zwolnione oddychanie, szybki obrzęk płuc (krwawo pienisty płyn z nosa i z ust), spadek ciśnienia krwi, ustanie oddechu i drgawki. Przytem były źrenice rozszerzone, kończyny chłodne i sine. Często zdarza się bezmocz. Leczenie głównie dotyczy usunięcia trucizny przez wypłukanie żołądka, dalej sztuczne oddychanie i środki krzepiące. Przy sekcyi dziecka znaleziono jedynie obrzęk płuc i niewielkie zmiany w nerkach. *A.*

G. Guillain i J. Troisier. **O powstawaniu barwików żółciowych przy hemolizie w błonach surowiczych.** (*Revue de med.* 1909. Nr 6). Autorowie badali w dziesięciu przypadkach krwawy płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucny, otrzewny i z aseptycznego krwiaka i spostrzegali szczegółowo sprawę hemolizy z powstawaniem »in situ« barwików żółciowych, niezależną zupełnie od jakiejś sprawy chorobowej pochodzenia wątrobowego. Przy wybroczynach tych odporność krwinek wobec rozczynów soli kuchennej stale maleje. Jest to przejawem rozpadu krwinek, który wiedzie, jak to wykazał Froin, do powstawania »in situ« barwików żółciowych. Zachodzi tu zupełna analogia spraw miejscowych do sprawy ogólnej, toczącej się przy t. zw. żółtaczce hemolitycznej. Nadto stwierdzali autorowie hyperkoncentracyę drobinową tych płynów, co również stanowi analogię do hypertonii, jaką Starkiewicz, Chauffard i Troisier znajdowali w surowicy przy żółtaczkach hemolitycznych. *Dr M. Blassberg.*

Chauffard. **Ostre zniekształtnienie palców pochodzenia wiewiórowego.** (*Revue de med.* 1909. Nr 6). Autor opisuje przypadek, dotyczący 32-letniej kobiety dotkniętej zapaleniem wiewiórowem pęcherza i stawu kolanowego prawego. Odczyn tuberkulinowy podskórny robiono z wynikiem ujemnym. W 4 dni po przyjęciu do szpitala powstało u chorej zniekształtnienie stawów 4. i 5. palca lewej ręki, którą to zmianę autor odnosi do zakażenia wiewiórowego. Chora ta przechodziła przed 15 laty podostry gościec stawowy, po którym pozostało zniekształtnienie stałe 4. i 5. palca prawej ręki. Także brat chorej po przebyciu podostrego gośćca stawowego miał zniekształtnienie stałe 4. i 5. palca prawej ręki. *Dr M. Blassberg.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sprawozdanie z III. międzynarodowego Zjazdu w sprawie opieki psychiatrycznej

odbytego w Wiedniu w roku 1908 (6—11 października)

opracował

Dr W. Chodźko,

lekarz naczelny szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią.

(Według odczytu, wygłoszonego na Zjeździe psychiatrów i neurologów w Kochanówce w d. 3. stycznia 1909 r. i w Towarzystwie lekarskiem łódzkiem 17 marca 1909 r.).

(Ciąg dalszy).

Zapobieganie szerzeniu się chorób zakaźnych w szpitalach psychiatrycznych stanowi ciągłą troskę lekarzy szpitalnych. Jest istotnie wysoce tragiczną rzeczą, kiedy chory, chcący odzyskać zdrowie umysłowe w szpitalu psychiatrycznym, zostaje w nim nagle i zdradziecko powalony przez chorobę zakaźną i często z niej umiera. Chorzy naszych szpitali przychodzą często ze środowisk wysoce niehigienicznych i przynoszą ze sobą mnóstwo zarazków chorobotwórczych, które nader szybko zaczynają wywierać swoje zabójcze działanie w gęsto zaludnionych chorymi lecznicach psychiatrycznych. W ostatnich czasach, na szczęście, zaczęto w bardzo wielu szpitalach psychiatrycznych budować oddzielne pawilony dla chorych zakaźnych. Nowe i szczególniej ciężkie zadania administracyjno-higieniczne spadły na nas z chwilą wykrycia, że dur brzuszny, tak często wybuchający w naszych szpitalach, jest rozpowszechnionym przez tak zwanych »roznosicieli bakteryi«. Tak np. w nadreńskim prowincyonalnym szpitalu psychiatrycznym Andernach w r. 1905 stwierdzono, że źródłem wybuchłej tam epidemii duru była pewna stara kobieta, pracująca w kuchni szpitalnej, która była taką »roznosicielką bakteryi«, będąc sama zdrową tak podmiotowo, jak i przedmiotowo. W szpitalu prowincyonalnym w Bunzlau, gdzie dur występował stale od dziesiątków lat, dokonano pewnego razu badania bakteryologicznego kału i znaleziono 16 »roznosicieli« prątków durowych (2 mężczyzn i 14 kobiet). Dla kobiet tych urządzono wtedy zupełnie oddzielny pawilon. To samo, co wiadomo o przenoszeniu przez osobniki zdrowe prątków durowych, stosuje się też i do czerwonki, która również bardzo często występuje w szpitalach psychiatrycznych.

Nadzwyczajnie dawno podnoszona i często roztrząsana sprawa wynagradzania chorych pracujących za ich pracę, zostaje w wielu szpitalach rozstrzygniętą w sensie twierdzącym; świeżo wprowadził wynagradzanie chorych szpital Dösen pod Lipskiem. Wynagradzanie chorych za pracę wzmaga ich chęć do pracy, podnosi ich nastrój i potęguje ich zadowolnienie i dobry humor, jest więc środkiem ze wszech miar zalecenia godnym.

Poruszając bardzo ważną i zasadniczą sprawę opieki ze strony państwa nad niezamożnymi umysłowo chorymi i konieczność umieszczania ich w szpitalach publicznych, potrącił Bresler o ciekawe i dziwne stosunki, panujące w Belgii. Istnieją tam 2 państwowe szpitale dla obłąkanych, 1 kolonia państwowa, 1 prowincyonalna, 6 zakładów przytułkowych i 48 prywatnych. W większości tych zakładów lekarze mieszkają poza ich murami i przeważnie zajmują się praktyką prywatną. W nocy niema w zakładzie ani jednego lekarza. Są zakłady, liczące po 500—600 chorych, których lekarze naczelni i ordynatorzy mieszkają w innych gminach, odległych o kilkanaście kilometrów. Ordynatorzy są płatni przez lekarzy naczelnych i wymagania, im stawiane, są nader niewielkie: niektórzy wpadają do zakładu 3 razy tygodniowo na 30—40 minut. Lekarze naczelni nie posiadają bardzo często żadnego praktycznego wykształcenia psychiatrycznego. Lekarze nie mają żadnego wpływu na żywienie, odzienie, higienę, gospodarstwo, na przyjmowanie i uwalnianie pielęgniarzy, nawet często nie znają ich nazwisk. Nawet w szpitalach państwowych dyrektorzy muszą przyjmować taki personel, jaki im przysyłają korporacye religijne.

Prof. Dr Crocq uskarża się na III Zjeździe neurologów i psychiatrów belgijskich w Antwerpii (we wrześniu 1907 r.), że lekarze nie mają w szpitalach żadnej powagi; np. lekarz zapisuje tych chorych, do których mają być stosowane środki przymusowe; jak tylko lekarz się oddali, natychmiast wszystkich chorych podnieconych i niewygodnych, których pilnowanie wymagałoby utrzymywania zbyt licznej służby, pakuje się w kaftany, do celek izolacyjnych, albo przywiązuje się do łóżek. Jeżeli lekarz chce zalecić chorym dłuższe kąpiele, koce i t. d., wtedy mówią mu, że służba nie ma czasu. Właściciele tych szpitali osiągają milion franków rocznego dochodu przy bardzo nizkich opłatach, ale umieją np. na 1 fr. 40 ctm. opłaty dziennej zarobić 50 centimów na czysto. Nadmienić należy, że większość tych szpitali jest w rękach kongregacyj religijnych. W tych opłakanych warunkach upadają najpiękniejsze instytucye belgijskie, nawet wspaniała kolonia opieki rodzinnej w Gheel. To też obecni na Zjeździe psychiatrzy belgijscy, Peters z Gheel, Morel i Boulenger zwrócili się urzędowo do Zjazdu z prośbą o wystąpienie w obronie psychiatryi i lekarzy do rządu belgijskiego i wypowiadali głośno swe oburzenie na kongregacye, duszące psychiatryę belgijską. Zaznaczyć należy, że w pobożnej Irlandyi jeszcze 13% chorych umysłowych siedzi zamkniętych w domach pracy (rodzaj więzień), a w Hiszpanii dwukrotnie w ciągu półrocza ogłaszany konkurs na obsadzenie stanowiska dyrektora nowo otwartej lecznicy prowincyonalnej w Gerona pozostał bez skutku, gdyż zgłosiło się tylko 2 kandydatów i to bez wykształcenia psychiatrycznego.

Opieka rodzinna nad umysłowo chorymi czyni stale szybkie i pocieszające postępy — jako przykład przytacza Bresler miejscowość Dicsö-Szentmarton na Węgrzech, gdzie w sierpniu 1905 oddano pod opiekę rodzin 15 chorych, a już w kwietniu 1907 r. liczba chorych na opiece rodzinnej doszła do 170.

Sprawa »opieki rodzinnej«, dawno już przesądzona w znaczeniu pomyślnem tak na Zachodzie, jak i u naszych rosyjskich sąsiadów, dotąd nie znalazła u nas w Polsce takiego przyjęcia, na jakie zasługuje. Na Zjeździe gorącym jej rzecznikiem był

Dr Peeters, dyrektor słynnego szpitala belgijskiego w Gheel, od kilkuset już lat umieszczającego swoich chorych na opiece rodzinnej z doskonałymi dla nich wynikami. Dr Peeters w swoim odczycie zastanawiał się szczegółowiej nad zarzutami, stawianymi przez niektórych »opiece rodzinnej«, jakoby przez rozsiewanie chorych umysłowych wśród ludności zdrowej miała się przyczyniać do zarażenia tej ostatniej usposobieniem do chorób umysłowych. Dr Peeters sądzi, że należałoby zarzut ten odeprzeć na podstawie ścisłych danych z obserwacyi i statystyki zachorowań w okręgach działania »opieki rodzinnej«, ze swej strony zaś zaznacza, na zasadzie kilkusetletniego doświadczenia szpitala w Gheel, że w okręgu »opieki rodzinnej« tego szpitala ilość chorób umysłowych bynajmniej nie wzrosła. — Dr Matthies przedstawił statystykę ruchu chorych w »opiece rodzinnej« szpitala Dalldorf pod Berlinem; zasługuje na zaznaczenie, że 56,2% chorych zostało umieszczonych we własnych rodzinach i przeważnie w samem mieście Berlinie, albo co najwyżej na jego przedmieściach. W dyskusyi gorąco poparł sprawę »opieki rodzinnej« Prof. Dr Alt (z Uchtspringe), który jednak zbyt jednostronnie podkreślał tylko finansową korzyść tej sprawy: niewątpliwie korzyść finansowa jest bardzo znacznym czynnikiem, najważniejszą jednak jest korzyść moralna, jaką odnoszą chorzy, powracający przy pomocy »opieki rodzinnej« do wolności i prawidłowego życia.

W bezpośrednim związku ze sprawą »opieki rodzinnej« znajdował się odczyt Prof. Ferrariego (z Imoli pod Bolonią), który wskazywał na konieczność ścisłej łączności między »opieką rodzinną« i Towarzystwami Opieki nad umysłowo chorymi; Towarzystwa takie, powołując do współdziałania szerokie sfery społeczne, znacznie ułatwiają lekarzowi dozór nad rodzinami, podejmującemi się opieki nad umysłowo choremi. Tego rodzaju współdziałanie szpitali psychiatrycznych i Towarzystw opiekuńczych wydało już doskonałe wyniki w niektórych prowincyach włoskich.

Dr Kreuser (z Winnenthal) wskazał na znaczne usługi, wyświadczane przez Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi w królestwie Wirtemberskiem; dostarczają one chorym, wychodzącym ze szpitali, pracy i zarobku, opiekują się ich rodzinami, pomagają do umieszczenia chorych w szpitalach psychiatrycznych. Tablica, rozdawana przez Dra Kreusera uczestnikom obrad, uwidoczniała ruch pieniężny w Towarzystwach pomocy dla umysłowo chorych za lat 11 (1896—1907). Suma zapomóg udzielonych wyniosła 44.446 marek, pomocy udzielono 365 osobom, średnio po 121·7 marek na osobę. Wynik tej pomocy był zadowalniający w 70·8% wszystkich przypadków. Do tejże grupy spraw stosował się odczyt pani Obermayer-Wallner o urządzeniu sal zarobkowych dla wychodzących ze szpitali wyleczonych umysłowo chorych kobiet.

Nadzwyczajnie żywy i zdaje się całkowicie zrozumiały oddźwięk wśród członków Zjazdu, wywołała poruszona w referacie Breslera sprawa umieszczania i utrzymywania umysłowo chorych przestępców. Sprawa ta staje się obecnie wszędzie palącą dla psychiatrów, gdyż liczba tego rodzaju chorych ustawicznie rośnie wskutek wcześniejszego, niż dawniej, rozpoznawania u przestępców chorób umysłowych. Element ten jednakże staje się nadzwyczajnie uciążliwym dla szpitali psychiatrycznych, gdyż zmusza je bardzo często do poświęcania swego charakteru szpitalnego na rzecz zarządzeń o typie więziennym. To też Towarzystwo psychiatrów włoskich zażądało na XIII swoim Zjeździe w r. 1907, aby dla tej kategoryi chorych urządzano osobne szpitale więzienia (Manicomii Giudiziari), byle tylko uwolnić zwykłe szpitale psychiatryczne od tego balastu. Jednakże praktyka dowiodła, że tam, gdzie takie szpitale więzienne urządzono, koncentracya tych niebezpiecznych i wysoce szkodliwych żywiołów była powodem bardzo przykrych zajść. Jako ilustracya może służyć jaskrawy, a mało znany w Europie fakt buntu, który zdarzył się w państwowym szpitalu dla umysłowo chorych przestępców w Dannemora (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej). Bunt wybuchł 21 sierpnia 1907 roku — był on zarówno podstępnie obmyślony, jak i śmiało wykonany. Do 9 godziny wieczorem panowała wśród 320 pensyonarzy zakładu zupełna cisza i spokój; z wybiciem tej godziny, bez najmniejszego sygnału naraz prawie wszyscy rzucili się do dwu wielkich sal sypialnych, zatrzasnąwszy dozorcom drzwi przed nosem. Drzwi zostały zabarykadowane zapomocą łóżek i innych mebli i chorzy zaczęli łamać kraty. Wobec tego pod oknami zakładu ustawiono posługaczy, którym polecono strzelać, jak tylko wychyli się z okna ramię albo ręka chorego. Kiedy próbowano odpędzić buntowników oblewaniem wodą z sikawki, założyli oni okna materacami i w dalszym ciągu, przy pomocy żelaznych ram od łóżek, wyrywali kraty z muru. Dopiero zabicie jednego z chorych wystrzałem z karabinu i udzielenie pomocy przez mieszkańców miasta i straż więzienną, położyło koniec buntowi. Wypadek ten jasno świadczy, że w każdym razie gromadzenie tych żywiołów na dużych salach wspólnych jest bardzo niebezpieczne.

Z odczytami w sprawie umysłowo chorych przestępców wystąpili van Deventer (z Amsterdamu), Rhodes (z Manchester) i Grasset (z Monpellier).

Van Deventer uważa za konieczne tworzenie przy więzieniach oddziałów dla przestępców, podejrzanych o chorobę umysłową, w celu ich ścisłej obserwacyi, jak również w celu odosobniania przestępców, ulegających ostremu napadowi psychozy; obok tego zaś proponuje tworzyć osobne oddziały dla tej kategoryi chorych przy szpitalach psychiatrycznych ogólnych. W dyskusyi niektórzy uczestnicy Zjazdu oświadczyli się, wbrew zdaniu van Deventera, za tworzeniem osobnych szpitali dla umysłowo chorych przestępców, wogóle zaś ujawniała się w tej sprawie znaczna rozbieżność poglądów.

Leczenie chorób umysłowych nie było szczegółowiej traktowane na Zjeździe: wiele zapowiedzianych, a bardzo interesujących odczytów w tej sprawie spadło z porządku dziennego. W referacie Breslera znajdujemy o kąpielach stałych wzmiankę w znaczeniu ujemnem; praktyka dowiodła ich zupełnej bezużyteczności, jako czynnika leczniczego, co najwyżej okazały się użyteczne dla pielęgnowania słabych fizycznie, zanieczyszczających się i niektórych niespołecznych obłąkanych. Natomiast kąpiele długie (6—8 godzin), jak to dowiodła praktyka i badania psychometryczne Buscha i Plauta w Monachium wywierają nadzwyczaj poważny wpływ leczniczy, aż do wyleczeń włącznie. Jako najnowszy krok naprzód w dziedzinie hydroterapii psychiatrycznej należy zanotować wprowadzenie w szpitalu Dösen pod Lipskiem i w Getyndze »kąpieli długich« na świeżem powietrzu, w ogródkach dla chorych.

Niektóre szpitale amerykańskie stosują nowoczesne metody elektrolecznicze, jak to: kąpiele sinusoidalne i statyczne w manii, melancholii, otępieniu, psychozach z wycieńczenia; szpital Manhattan systematycznie stosuje miesienie, szpital Masillon bada wpływ chorób zębów na rozwój chorób umysłowych, szpital Bloomingdale szeroko stosuje w badaniu zasady psychoanalizy według metody Freuda, gorąco obecnie bronionej przez Prof. Bleulera, Junga i innych.

W szpitalu Illinois stosują leczenie światłem kolorowem. Melancholików trzyma się tam w pokojach czerwonych, chorych podnieconych w pokojach niebieskich albo czarnych. Referent jest tego zdania, że powinno się poświęcać znacznie większe środki, niż dotąd na studya terapeutyczne, na badania wymiany materyi, krwi itd. u umysłowo chorych.

Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu o ciągłym przyroście umysłowo chorych, stwierdzić można z zadowoleniem, że w niektórych krajach kulturalnych ilość chorych umysłowo zaczyna spadać nietylko w stosunku do ludności, ale nawet bezwzględnie. Komisya opiekuńcza Anglii i Walii stwierdza, że przyrost chorych umysłowo za rok 1906 wynosi 2009 osób, gdy w poprzedniem pięcioleciu wynosił średnio po 2655 osób. Tak samo spadek liczby chorych umysłowych stwierdza komisya szkocka i irlandzka.

Sprawa wychowania głuptaków (idyotów), epileptyków i umysłowo upośledzonych dzieci zajęła poważne miejsce wśród obrad Zjazdu. W sprawie tej przemawiali: Vogt, Hess, Sioli, Heller, Voisin, Berillon. Między innemi Sioli (z Frankfurtu n. Menem) i Hess (ze Zgorzelic) uważają za bardzo pożądane i właściwe, aby dzieci umysłowo upośledzone, głupowate i epileptyczne, które wymagają przedewszystkiem stosowania leczenia obok nauki, czyli t. zw. terapii pedagogicznej, były umieszczane w szpitalach dla dorosłych umysłowo chorych, oczywiście w oddzielnych pawilonach. Voisin opowiada szczegółowo o metodach nauczania, jakie stosuje na swoim oddziale w Salpêtrière.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Wiedniu w jednej z fabryk szczotek wybuchła endemia wąglika. Kilku robotników zmarło. *X.*

Orkiestra lekarska pod nazwą »Wiedeńskie Towarzystwo orkiestrowe« utworzyła się w Wiedniu, a to z powodu spostrzeżenia, że wielu lekarzy i medyków z zamiłowaniem oddaje się muzyce, a nie ma sposobności wspólnego ćwiczenia się. Towarzystwo to prócz członków czynnych liczy licznych członków honorowych i wspierających. Orkiestra produkować się będzie na uroczystościach lekarskich i wieczorkach w towarzystwach, a w najbliższej przyszłości na jesiennym Zjeździe neurologów. X.

Porażenia prądem elektrycznym przez wadliwą izolacyę wozów tramwajowych w Warszawie stają się coraz częstszemi i w szpitalach znajduje się już kilka osób w leczeniu, a mimo to nadzór tramwajowy nic jeszcze nie przedsięwziął w tej sprawie i wadliwe wozy wysyła dalej na linie. X.

Nad nowym projektem grzebania zmarłych, urządzenia cmentarzy i krematoryów obradowano w Petersburgu w sierpniu, pod kierunkiem głównego inspektora lekarskiego. W projekcie uchwalono trzydniowy termin przechowywania zwłok zmienić na dwudniowy. X.

Nowy regulamin dla stanu lekarskiego, uchwalił wydział Izb pruskich z życzeniem, by wszystkie Izby niemieckie przyjęły go z ewentualnemi swemi poprawkami. Regulamin ten zajmuje się po większej części ustaleniem etyki lekarskiej co do wzajemnego stosunku lekarzy do siebie, obejmowania chorych, zastępstw, narad, kwestyi reklam, ogłaszań się, środków tajemnych, stosunku do partaczy, przyjmowania posad, specyalizacyi, pobierania honoraryum, ubiegania się zawodowego i t. p. Idealnym nazwać go jednak nie można. Po pierwsze traktuje on sprawy zawodowe zanadto ogólnie, dozwalając na różną interpretacyę paragrafów, dalej nie porusza wielu żywotnych kwestyi, jak stosunku z kasami chorych, towarzystwami ubezpieczeń, odmawiania porady i stosunku z pacyentami, a z drugiej strony wprowadza krępowanie wolności osobistej lekarzy, nie dozwalając im samoistnie rokować o posady z instytucyami chociażby np. chodziło tylko o przedłużanie umowy na tych samych warunkach. X.

Żywotności narodowości polskiej pod zaborem pruskim dowodzi między innemi fakt zdatności do wojska, podany w ostatniej publikacyi berlińskiego urzędu statystycznego. Podczas gdy w prowincyach czysto niemieckich, na 100 popisowych zaledwo 44·9% jest zdatnych do wojska, to w dzielnicach polskich spotykamy cyfry znacznie wyższe, tak np. w Wielkiem Księstwie Poznańskiem 55·5%, w Prusach zachodnich 62·6%, we wschodnich 65·2%, na Śląsku 52%. Cyfry te świadczą wymownie za siebie, jeżeli się doda, że Niemiec wogóle żyje w lepszych warunkach i korzysta ze wszelkich wsparć, ulg i ułatwień ze strony państwa. X.

Hojny dar dla angielskiego »Radium Institute« ofiarowali wicehrabia Ivengh i sir Cassel, albowiem obstalowali w kopalniach kornwalijskich, dla rzeczonego instytutu, radu za przeszło pół miliona koron. X.

Według badań Drów Savagey i Dickinsona wynika, że w samej Anglii znajduje się 200.000 idyotów. Ten niezwykły kontyngent, podług Dickinsona przypisać należy nadzwyczajnej płodności kobiet upośledzonych umysłowo. Tak np. 16 spostrzeganych przez D. pacyentek, wydało ogółem na świat 116 dzieci idyotów. X.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lipca 1909 . . .	474,997	280,494
W sierpnia 1909	1,600	—
Razem .	476,597	280,494

Kraków, 31 sierpnia 1909.

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 29. VIII. do 4. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 32 † 2 (2 † 2), odry 23, duru brzusznego 28 (4), czerwonki 1 (—). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. VIII. do 4. IX. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 5 † 2 (5 † 1), odry 3 (—), duru brzusznego 5 † 1 (3), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), nieżytu jelit dzieci 8 † 8 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Frekwencya studentów w półroczu letniem 1909 roku, według wykazu ministerstwa oświaty na uniwersytetach austryackich przedstawia się jak następuje: Wiedeń słuchaczy 7372, w tem 1591 studentów medycyny. Insbruk 1050 z tego 170 medyków. Grac 1818, w tem medyków 320. Praga: uniwersytet niemiecki 1502, w tem medyków 254 — uniwersytet czeski 3675 w tem 537 medyków. Lwów 3873 w tem medyków 267 Kraków 2747 w tem medyków 465. Ogółem słuchaczy medycyny na wszystkich austryackich uniwersytetach było 3601

Lwów. Namiestnik zamianował koncepistę sanitarnego Dra Stanisława Kaczyńskiego lekarzem powiatowym — przeniósł koncepistów sanitarnych Dra Henryka Palestra ze Śniatyna do Turki, Dra Maryana Udzielę z Zaleszczyk do Gródka Jagiellońskiego, Dra Bernarda Grudzewskiego z Bohorodczan do Zaleszczyk i asystentów sanitarnych. Dra Jakóba Kroka z Turki do Śniatyna, Dra Henryka Rosmarina z Żabic do Bohorodczan i Dra Juliusza Kocwę ze Lwowa do Przemyśla.

Z różnych stron. 29 sierpnia otwarto XVI. międzynarodowy kongres lekarski w Peszcie. Zagaił pierwsze posiedzenie Fryderyk Korányi w zastępstwie chorego prezydenta Kolomana Müllera. W imieniu cesarza powitał kongres arcyksiąże Józef, następnie przemawiał minister oświaty Apponyi, prezydent miasta Pesztu i generalny sekretarz Prof. Grosz. Po tych powitaniach przemawiali delegaci poszczególnych krajów, jak Uhthoff, Pavy, Landouzy, Kitesatr, Bacelli i inni. Uczestników Zjazdu zgłoszono zwyż 4000.

— W Paryżu powstała myśl utworzenia międzynarodowego związku pedyatrów, który urządza w kwietniu 1910 r. I. międzynarodowy zjazd.

— Akademia naukowa w Paryżu przyznała nagrodę 4000 franków Drowi Chawkinowi za prace nad szczepieniem cholery.

Mianowani: Doc. W. Meyer profesorem i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Strassburgu, a Doc. Dr Morawitz profesorem i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Fryburgu.

Redakcya otrzymała: Bronisław Ziemiński. Zarys okulistyki z 161 rysunkami w tekscie i 4 kolorowemi tablicami. Warszawa 1909. Nakładem autora. — Eugeniusz Piasecki: Epidemia płonicy w mieście Lwowie w latach 1907—1909 (odbitka z »Głosu lekarzy«). — Józef Zawadzki: Wzór do obliczania wartości pieniężnej ciepłostek pokarmów (odbitka z »Medycyny i Kroniki lekarsk.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

Program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie od 2—23. grudnia 1909.

Wyjaśnień udzielają i zgłoszenia przyjmują Prof. Ciechanowski (Wielopole 4), Prof. Dobrowolski (Podwale 2), i Prof. Krzysztalowicz (Basztowa 6).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagiellońska) od 26. listopada do 2. grudnia 1909.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dnie powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się we środę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników.

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakteryologia.

Prof. Bujwid wspólnie z asystentami: 1) Sposoby rozpoznawania bakteryj chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9) 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 3—5 popołudniu. Czesne 30 koron. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracye przygotowania surowic i szczepionek. W zakładzie surowic (Lubicz 28), 10 wykładów od 5—6 popołudniu, codziennie od 2—14. XII. Czesne 15 kor. 3) Higieniczne badanie wody. W zakładzie badania środków spoż. (Strzelecka 9), 5 wykładów, we wtorki i czwartki od 6—8 wieczór. W każdym kursie najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Doc. Droba: Bakteryologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr Szymanowskim: Praktyczny kurs bakteryologii. W zakładzie mikrobiologii (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Mięsowicz: Nowsze metody dyagnostyczne. 2 godziny tygodniowo w klinice lekarskiej (Kopernika 15) w porze porannej, później oznaczyć się mającej. Czesne 2 korony.

Doc. Latkowski: Dyagnostyka chorób narządu krążenia, z uwzględnieniem nowszych sposobów badania. W klinice lekarskiej (Kopernika 15). 2 godziny tygodniowo, później oznaczyć się mające. Czesne 2 korony.

Neurologia i psychiatrya.

Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienie ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz wspólnie z asystentem Dr Landauem: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatoryum neurologicznem (klinika okulistyczna, Kopernika 40). 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 5—6 popołudniu. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Pedyatrya.

Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników.

Chirurgia.

Prof. Bossowski: Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 10 godzin tygodniowo, codziennie z wyjątkiem sobót od godz. 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedyi. Tamże. »Publicum« bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godziny tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki.

Doc. Rutkowski: 1) Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób chirurgicznych. W szpitalu św. Łazarza. 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 8—10 rano. Czesne 20 kor. Najmniej 5 uczestników.

Okulistyka.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem Dr Witalińskim: Ćwiczenia w rezpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka.

Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcyach i plombowaniu zębów materyałami plastycznymi. W c. k. ambulatoryum dentystycznem (Rynek gł. 22, II. p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 kor. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otyatrya.

Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie między godz. 10—12). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otyatryi, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (prawdopodobnie 12—1). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego. W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo, w poniedziałki i piątki od 5—7 wieczór. Czesne 10 koron. Najmniej 8 uczestników.

Dermatologia i sifilidologia.

Prof. Reiss: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od $8^{1}/_{2}$ do 10 rano. Czesnè 20 koron. Najmniej 15 uczestników. Początek kursu 3. XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy od 8—10, w soboty od 9—10 rano. Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rosner wspólnie z asystentami Dr Cetnarowskim, Przybylskim i Schlankiem: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Prof. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizyologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Medycyna sądowa.

Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9. Neurologia (Prof. Domański) 3 godzin tyg. — Dyagnostyka chorób wewn. (Doc. Latkowski) 3 godz. tyg.
8—10. Dermatologie i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
Chirurgia (Prof. Rutkowski) codz. prócz sobót.
9—10. Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11. Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.
10—11. Położnictwo (Prof. Dobrowolski) codz.
10—12. Pedyatrya (Prof. Lewkowicz). Laryngologia (Prof. Pieniążek). Codz. prócz sobót.
11—1. Okulistyka (Prof. Wicherkiewicz i Dr Witaliński) poniedz., środy, piątki.
12—1. Otyatrya (Doc. Nowotny) codz. prócz sobót.
Pora poranna na razie nie oznaczona. | Medycyna wewn. (Doc. Mięsowicz, Doc. Latkowski) 4 godz. tyg.
3—5. Dyagnostyka bakteryol. (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Medycyna sądowa (Doc. Horoszkiewicz) codz. prócz sobót.
4—6. Kurs praktyczny bakteryologii (Prof. Nowak) codz.
5—6. Miesienie i ortopedya (Doc. Chlumsky) codz. prócz piątków i sobót. — Szczepienia ochronne (Prof. Bujwid) codz.
4—5. Neurologia (Prof. Piltz) wtorki, czwartki i soboty.
5—7. Badania laryngol. (Prof. Baurowicz) poniedz. i piątki.
6—8. Kurs choleryczny (Doc. Droba) poniedz., środy, piątki. — Badanie higien. wody (Prof. Bujwid) wtorki, czwartki
Pora popołudn. na razie nie oznaczona. | Wziernikowanie oka.